4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 210.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 18 *août* 1853,

Par Joseph COURVOISIER,
né à Grandvillars (Haut-Rhin).

DU PSOÏTIS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

1853. — *Courvoisier.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	.....
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Président. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX, Examinateur.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY, Exam.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE

ET

DE MES SOEURS.

DU PSOÏTIS.

INTRODUCTION.

Mille obscurités règnent encore sur les inflammations musculaires, maladies dont on n'a que peu d'exemples, et introduites très-récemment dans le cadre nosologique. Pour remédier à cette pénurie, M. Gendrin a fait sur les animaux une série d'expériences dont voici l'analyse en quelques mots : lorsque l'inflammation d'un muscle se développe, le tissu cellulaire qui se prolonge entre ses faisceaux et ses fascicules rougit ; ses vaisseaux s'injectent ; la fibre musculaire augmente évidemment de densité, et passe à un état de demi-contraction qui persiste tant que l'inflammation n'a pas produit d'autres altérations que la rougeur plus ou moins vive du tissu cellulaire du muscle. Plus tard, pendant le travail de suppuration qui s'effectue, pour peu que l'inflammation soit aiguë, le tissu musculaire devient flasque, se ramollit, se fond en pus, et finit par disparaître, au point qu'on n'en trouve plus quelquefois de vestiges que sur les limites de l'inflammation.

Ces considérations s'appliquent en tout point à l'affection dont nous nous occupons. Nous désignons donc sous le nom de *psoïte, psoïtis,* l'inflammation du muscle psoas. Nous aurions ajouté inflammation terminée par suppuration ; mais cette définition semblerait exclure nombre de psoïtes dans lesquelles la suppuration a précédé l'altération du muscle, comme les psoïtes consécutives à un abcès par congestion ou à un abcès phlegmoneux sous-aponévrotique. Pour nous, il y a donc psoïte chaque fois que la fibre musculaire

du psoas présente des lésions de nature inflammatoire, quel que soit d'ailleurs le point de départ de l'affection, fibre elle-même, tissu cellulaire interfibrillaire, tissu cellulaire sous-aponévrotique, ou abcès par congestion. C'est, du reste, aussi de cette manière que l'ont considérée les auteurs, comme on peut le voir aux sources où nous avons puisé (1).

---

(1) Guillaume Lamotte, *Traité complet de chirurgie*, t. 1, p. 219 et 278, année 1777.

Ettmuller, *Observation sur une phthisie du psoas, avec quelques remarques diagnostiques sur la psoïte* (*Bibliothèque médicale*, t. 58, p. 381; 1816).

Lestiboudois, *du Psoïtis;* thèse, 1818.

Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. 2, pag. 197; 1826.

Whitmore, *Observation sur une psoïte suppurée et sur une perforation de l'intestin colon, avec abcès stercoral* (*Journal général de médecine et de chirurgie*, t. 102, année 1828).

Gueneau de Mussy, *Inflammation suivie de suppuration et de désorganisation profonde des muscles psoas et iliaque du côté gauche, survenue peu de temps après un accouchement et n'ayant déterminé la mort que près de quatre mois après cette couche* (*Lancette française*, t. 5, n° 14, année 1831).

Christ Pfenfer, *Observation d'abcès du muscle psoas* (*Gazette médicale*, 23 mai 1834).

Kyll de Wesel, *Mémoire sur le psoïtis chronique et sur les abcès du psoas* (*Archives générales de médecine*, t. 6; 1834).

Dawson, *Abcès dans l'épaisseur des muscles psoas et iliaque* (*Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. 2, p. 500; 1841).

Vigla, *Abcès de la fosse iliaque et de la région lombaire du côté droit, survenu lentement après un premier accouchement naturel* (*Bulletins de la Société anatomique* de Paris, p. 197; 1837).

Perrochaud, *Psoïte consécutive à un accouchement, ouverture de l'abcès dans le péritoine* (*Bulletins de la Société anatomique*, p. 205; 1837).

Ernest Cloquet, *Observation de psoïtis, suivie de réflexions* (*Archives générales de médecine*, janvier 1842).

Ferrand, *du Psoïtis;* Thèses de Paris, 1851.

ÉTIOLOGIE.

Le psoas a présenté plus de cas d'inflammation que tous les muscles de l'économie réunis ; nous trouvons la raison de cette prédisposition : 1° pour les psoïtis primitifs dits par rupture de la fibre du psoas, dans la structure de ce muscle, dont les faisceaux fibreux se dilacèrent facilement sous l'influence de tractions même modérées ; 2° pour les psoïtis consécutifs, dans le mode d'insertion de ce muscle sur les parties latérales du corps des vertèbres lombaires. Si de ce fait anatomique nous rapprochons en effet la fréquence des caries vertébrales, nous trouvons que dans ces affections le pus retenu en avant par l'appareil ligamenteux antérieur se fraye communément un passage sur les côtés de la colonne vertébrale, et que, par conséquent, si c'est le corps d'une des vertèbres susnommées qui est affecté de carie, le pus fusera dans la gaîne du psoas et déterminera l'inflammation de ce muscle. C'est ce qui arrive en effet dans la majorité des cas.

L'âge, le sexe, le tempérament, la profession, constituent des causes prédisposantes bien moins importantes, selon nous, que le siége et la structure du muscle. Nous dirons cependant, d'une manière rapide, que tous les cas de psoïtis relatés aujourd'hui concernent des adultes ; que la femme en dehors de l'état puerpéral ne paraît pas y être aussi sujette que l'homme, et que les professions demandant beaucoup d'efforts y prédisposent davantage.

Au nombre des causes déterminantes, nous rangerons tout ce qui est susceptible de produire la rupture, le tiraillement de quelques fibres du muscle, ou le développement d'un abcès phlegmoneux dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique. Nous mentionnerons en particulier les exercices immodérés, les coups, les chutes sur la région lombaire ou iliaque ; les efforts et surtout l'effort dans lequel la colonne vertébrale est infléchie fortement en arrière (action de soulever un fardeau).

Le rhumatisme doit-il aussi être rangé au nombre des causes déterminantes? Dans l'observation de Withmore, la psoïte est regardée comme consécutive à un rhumatisme musculaire, mais l'on n'est pas aujourd'hui d'accord sur l'interprétation de ce fait.

Quant aux cas de psoïtis à la suite de couches, faut-il, comme le veut Kyll de Wesel, les rapporter à une rupture des fibres du muscle, sous l'influence des efforts de l'accouchement? ou vaut-il mieux les attribuer à l'état puerpéral, comme l'a dit Mercier? Ce dernier auteur fait observer que dans tous les cas, hors un, la douleur de la fosse iliaque n'a pas apparu pendant le travail, mais seulement trois jours, huit jours et même davantage après l'accouchement. Nous adoptons son opinion d'autant plus volontiers que nous sommes tenté de voir dans les psoïtis suite de couches une simple variété, ou, si l'on aime mieux, une complication d'abcès puerpéral sous-aponévrotique.

SYMPTOMATOLOGIE.

La douleur est ordinairement le premier phénomène qui attire l'attention du malade. C'est une douleur sourde, profonde, qui occupe primitivement la région lombaire du côté affecté. Elle s'irradie en arrière le long de la colonne vertébrale; en avant, elle descend vers le pli de l'aine et la partie supérieure de la cuisse; en un mot, elle suit le trajet du muscle psoas. Elle est exaspérée surtout par les mouvements d'extension ou de circumduction du membre correspondant; aussi oblige-t-elle les malades à marcher le corps incliné en avant et leur rend-elle la descente d'un escalier excessivement pénible. La maladie peut en rester là, mais la résolution n'est pas la terminaison habituelle de la psoïte. Le plus souvent les douleurs vont en croissant; le membre, qui, au début, n'éprouvait que de la gêne, se rétracte de plus en plus, les malades sont forcés au repos.

Bientôt apparaissent tous les symptômes qui d'habitude accompagnent une suppuration étendue, frissons, fièvre, inappétence, diar-

rhée. C'est à cette période que l'on commence à constater de l'empâtement dans la fosse iliaque, et que l'on voit apparaître une tumeur fluctuante à l'aine ou aux lombes. Le pus que contient cette tumeur est évacué par l'art ou par le simple travail de la nature. Inodore au moment de l'ouverture, il devient plus tard d'une fétidité extrême, provenant sans doute du contact de l'air avec les parois du foyer qui l'émane. L'amaigrissement des malades se fait d'une manière rapide; ils se plaignent de fourmillements, de douleurs dans le membre rétracté, sur lequel on constate également des degrés variables d'infiltration, phénomènes que nous expliquent facilement les rapports anatomiques du psoas avec le nerf et les vaisseaux cruraux. Enfin, surviennent des accidents de fièvre hectique ou de résorption purulente. Une diarrhée rebelle, de l'insomnie, des sueurs abondantes, ajoutent encore à l'épuisement du malade; ces phénomènes précèdent de près la mort.

On n'observe toutefois pas toujours ce résultat fatal. Quelquefois les parois de l'abcès se recollent peu à peu; la suppuration diminue à mesure qu'augmente le travail de cicatrisation, et les malades peuvent ainsi recouvrer la santé après une longue et tardive convalescence.

Nous avons passé assez légèrement sur la rétraction du membre, symptôme important de la psoïte, nous réservant d'en parler d'une manière spéciale pour compléter cet article. Cette rétraction consiste dans un mouvement à la fois de flexion et d'abduction en vertu duquel la cuisse est rapprochée de l'abdomen, et le genou porté en dehors. Cette attitude du membre fait immédiatement penser à une contraction active du psoas, dont la fibre épaissie, enflammée, ramène la cuisse sur l'abdomen; mais on doit aussi accorder une part de ce phénomène à l'instinct du malade qui cherche à remédier aux douleurs que lui occasionne la trop grande distension de l'aponévrose iliaque gonflée de pus. Ce qui met du reste hors de doute cette manière de considérer la rétraction de la cuisse,

c'est qu'elle se rencontre dans l'abcès phlegmoneux sous-aponévrotique, même quand le muscle ne participe pas à l'inflammation, et qu'elle diminue communément par l'évacuation du pus d'une tumeur psoïtique. Quelle valeur faut-il attribuer à ce symptôme? Bien qu'il n'ait pas été noté dans toutes les observations de psoïtis, nous croyons cependant qu'il doit exister dans la majorité des cas, et à ce titre nous n'hésitons pas à le regarder comme le signe à peu près pathognomonique de l'affection qui nous occupe.

DIAGNOSTIC.

Nous venons de voir que les phénomènes les plus saillants de la psoïte sont la flexion de la cuisse sur l'abdomen, des douleurs lombaires irradiant vers l'aine et exaspérées par les mouvements du membre, et une tumeur fluctuante qui ne tarde pas à paraître à l'aine ou aux lombes. On comprend que ces symptômes peuvent exister avec des degrés variables d'évidence ou d'obscurité qui rendront le diagnostic, selon les circonstances, facile ou difficile. Nous n'y revenons donc pas, et nous passons immédiatement aux considérations de diagnostic différentiel.

La psoïte et l'abcès phlegmoneux sous-aponévrotique doivent désigner la même altération pathologique, car il est très-rare que ce dernier existe sans que le muscle participe à l'inflammation; ils se traduisent d'ailleurs par des symptômes tout à fait identiques.

Il n'en est pas de même de l'abcès sous-péritonéal, il forme à l'aine une tumeur qui, comme celle de la psoïte, rentre dans l'abdomen sous la pression de la main; mais elle est plus superficielle, la fluctuation en est plus évidente, et, de plus, les vaisseaux cruraux sont derrière elle, tandis qu'ils sont en avant d'une collection purulente psoïtique.

On peut ensuite confondre la psoïte avec un abcès par congestion; mais les douleurs lombaires qu'auront éprouvées les malades dans ce cas remontent à une époque assez éloignée, et une pression métho-

dique sur le rachis indiquerait au besoin le point précis de la carie ou de la tuberculisation.

Les douleurs d'une coxalgie, réveillées par les mouvements du membre, pourraient également en imposer pour une psoïte; mais avec de l'attention on trouverait que ces douleurs sont localisées à la fosse iliaque externe, et l'on aurait en outre, pour se diriger, les antécédents du malade, et la douleur du genou qui accompagne presque toujours une coxalgie.

Enfin on pourrait peut-être prendre pour une psoïte une hernie crurale, une hernie lombaire, un simple rhumatisme, une colique néphrétique; mais les points de ressemblance que peuvent avoir ces diverses affections avec celle dont nous nous occupons, tomberont toujours assez facilement devant un examen sérieux.

PRONOSTIC.

La psoïte est malheureusement mortelle dans le plus grand nombre de cas. Cependant, bien qu'après l'ouverture de l'abcès on voie le plus souvent les accidents continuer, on doit espérer davantage des abcès du psoas sans maladie des vertèbres, car l'affection des os doit toujours rendre le mal moins curable en entretenant indéfiniment la suppuration. Il est donc important de bien préciser d'abord le point de départ de la collection purulente. Si ensuite l'on a affaire à une psoïte idiopathique, si après l'ouverture de l'abcès une suppuration de bonne nature s'établit, si en même temps l'état général du malade n'est pas trop affaibli par la quantité ou la longueur de la suppuration, on peut espérer une heureuse terminaison. Au contraire, un pus mal lié et fétide, une suppuration abondante avec réaction fébrile vers le soir, une diarrhée colliquative opiniâtre, l'état de marasme et la fièvre hectique, seront du plus fâcheux augure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations du muscle psoas-iliaque sont plus ou moins étendues ; quelquefois ses fibres sont seulement noircies, ramollies à leur surface. D'autres fois ce muscle, dans toute son épaisseur, présente une véritable fonte purulente ; ses fibres sont profondément disséquées jusqu'à leurs insertions lombaires ou trochantérienne ; elles sont infiltrées de pus, désorganisées dans une partie de leur étendue et converties en putrilage noirâtre, brunâtre, au milieu duquel nagent les filets nerveux lombaires que le muscle logeait dans son épaisseur.

La gaîne propre du psoas participe ordinairement aux désordres de ce muscle, en sorte que c'est sous l'aponévrose iliaque que l'on trouve l'épanchement purulent, et que c'est cette aponévrose qui forme les parois naturelles de l'abcès psoïtique. La face interne de cette aponévrose est noirâtre, épaissie, rarement recouverte d'une membrane pyogénique ; la face externe est, dans quelques cas, adhérente au péritoine susjacent ou au cœcum, au point où cet organe n'est pas recouvert de la membrane séreuse.

Quelles sont les issues que peut se créer le pus d'un pareil abcès? Supérieurement, le fascia iliaca forme, en s'insérant aux vertèbres, plusieurs arcades. Lorsque la suppuration affecte primitivement la partie postéro-supérieure du muscle, le pus fusant sous ces arcades arrive sur le carré des lombes, qui, dans ce cas, participe à l'inflammation et va former une collection purulente à la région lombaire. C'est sans doute ce qui était arrivé dans l'observation de M. Perrochaud, où, par des espaces qui existent entre les apophyses transverses des lombes, le doigt pénétrait dans de petits culs-de-sac d'un pouce de profondeur disséqués par le pus.

Inférieurement, l'aponévrose iliaque adhère intimement à l'arcade fémorale ; c'est par cette disposition que le pus se trouve retenu lorsque la tumeur psoïtique a son siége à l'aine. Mais si, à ce niveau, les

fibres du muscle sont altérées comme les fibres supérieures, le pus qui les infiltre pourra alors fuser jusqu'au petit trochanter et déterminer, en suivant les plans aponévrotiques de cette partie, des abcès variés et multiples dans la cuisse.

Enfin le pus peut se porter vers les organes internes, comme il arrive pour les abcès sous-péritonéaux. Dans ces cas, il perfore l'aponévrose iliaque, aux points où la face externe de cette membrane a contracté des adhérences *ut supra dictum*, et il s'épanche dans le péritoine ou bien se vide dans les voies naturelles : cœcum, colon, rectum, vessie, comme on en a observé des exemples.

TRAITEMENT.

Différents points de division ont été établis pour la psoïte. C'est ainsi que l'on admet des psoïtes idiopathiques puerpérales et non puerpérales; des psoïtes symptomatiques ou consécutives, des psoïtes aiguës ou chroniques. Il pourra être utile, dans la période de congestion inflammatoire, de ne pas perdre de vue l'espèce de psoïte que l'on a à traiter. En effet, à cette période, les efforts du médecin doivent tendre à enrayer le mal ou à en amener la résolution. Les agents thérapeutiques employés dans ce double but sont les antiphlogistiques, saignées générales et locales, diète, les révulsifs, vésicatoires et moxas, les frictions mercurielles, les topiques émollients, les bains, des purgatifs doux s'il y a de la constipation. On doit proportionner l'emploi de ces agents au plus ou moins d'acuité du mal. Nous donnons la préférence aux révulsifs externes, surtout dans les psoïtes consécutives à une carie, parce qu'outre leur action révulsive, ils ont encore pour effet de favoriser la migration du pus au dehors s'il est déjà formé. Les frictions mercurielles, aidées des antiphlogistiques proprement dits, nous semblent convenir davantage aux psoïtes aiguës, surtout si elles se rattachent à l'état puerpéral.

La présence du pus une fois reconnue par la fluctuation d'une tumeur à l'aine ou aux lombes, on doit lui donner issue le plus promp-

tement possible. Les uns pratiquent d'abord une ponction exploratrice, et réservent l'incision pour les cas où cette ponction serait insuffisante; les autres pratiquent d'emblée une incision plus ou moins large, selon l'étendue de la tumeur. Nous ne nous prononcerons pas sur le procédé opératoire à suivre : l'un ou l'autre peut convenir plus spécialement à tel ou tel cas de psoïte. Nous nous contenterons de dire que si la tumeur fait saillie à l'aine, on incise immédiatement au-dessous du ligament de Poupart, et que si elle fait saillie aux lombes, on choisit pour point d'incision sa partie la plus déclive.

Après l'incision, on maintient écartées les lèvres de la plaie par une mèche de charpie ou l'éponge préparée (Kyll), qui facilite l'écoulement du pus les jours suivants. Si l'abduction de la cuisse est considérable, on tâche de soulager les malades comme le fait M. Larrey, en la fixant au membre voisin, et en soutenant les jarrets à l'aide de coussins. Cette position semble, en outre, avoir l'avantage de favoriser l'écoulement du pus à mesure qu'il se forme. Les malades sont dès lors soumis à un régime tonique. Les préparations de quinquina conviennent à cette période, soit qu'on les administre uniquement comme toniques, soit aussi comme prophylactiques de la fièvre hectique. Enfin, s'il y a de la diarrhée, on la combat par des préparations opiacées, ou par des lavements astringents ou au nitrate d'argent, vantés contre les diarrhées rebelles.

Observation de psoïtis idiopathique,

Recueillie au service de M. Larrey, professeur au Val-de-Grâce.

Joltrain (Auguste), musicien au 44e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 11 juillet 1852. Ce malade, âgé de dix-neuf ans, tempérament lymphatique, constitution chétive, atteint il y a deux ans d'une arthrite, il y a six mois de chancres dont il a laissé à la nature le soin de la guérison, a éprouvé le 9 juillet, pendant qu'il soufflait

dans son cornet à piston, un refoulement vers l'anneau du côté gauche, avec douleur modérée, sans phénomène extérieur, sans apparition de quelque tumeur, ni hernie. Le malade marche, du reste, comme à l'ordinaire, sans éprouver de gêne ni de douleur ; mais deux heures après l'accident, faiblesse, chaleur, mouvement fébrile qui oblige à garder le lit et dure deux jours. Le malade, en se levant, est tout surpris de boiter du côté gauche ; il est envoyé à l'hôpital, service des fiévreux. On trouve un empâtement du tissu cellulaire de l'aine gauche, avec douleur à la pression, flexion de la cuisse sur le bassin, impossibilité de la mettre dans l'extension. Point de réaction fébrile intense.—On prescrit un lavement purgatif, régime sévère, boissons abondantes ; localement des sangsues.

Le 12 juillet. Cataplasmes émollients ; successivement des ventouses scarifiées, frictions mercurielles, bains. Ce traitement est continué jusqu'au 1er août, jour où le malade est évacué aux blessés, service de M. Larrey, salle 29, n° 28.

Le 2 août. La douleur est la même, la flexion de la cuisse existe toujours ; l'engorgement, très-douloureux à la pression, subsiste encore dans l'aine gauche. Les fonctions digestives sont régulières, les urines vont bien, la miction est un peu fréquente ; point de douleur dans la région lombaire, le long du rachis, sur le psoas. — Sangsues 12, ventouses scarifiées, bains.

Le 6. Nouvelle application de 12 sangsues, bains. L'induration paraît diminuer, la pression est moins douloureuse, le membre est toujours fléchi.

Le 14. Le gonflement, l'infiltration, la rétraction du membre, augmentent avec douleur de toute la cuisse, contournant surtout la partie inférieure ; fausse fluctuation diffuse avec empâtement ; œdème sans aucune certitude de la présence de pus : deux ponctions exploratrices avec le bistouri, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la région trochantérienne, ne donnent issue qu'à un peu de sérosité.

Un peu de rubéfaction avec douleur vers le grand trochanter et le sacrum semblent un premier indice d'escharification.

Le 18. L'infiltration est plus considérable, elle a gagné les bourses; le pli de la cuisse gauche est effacé, on décide le malade à laisser rapprocher ses deux membres inférieurs l'un de l'autre, et on les maintient au contact au moyen de deux bandes, une pour les deux cuisses, une pour les jambes. Des coussins sont placés sous les jarrets, et le malade se trouve ainsi placé dans une position plus satisfaisante.

Le 20. L'état du malade s'est aggravé, il y a œdème fort étendu à gauche, l'infiltration a gagné l'abdomen. Il y a du délire toute la nuit et parfois dans la journée; le malade est très-abattu; constipation depuis deux jours. — Rhubarbe.

Le 21. Un peu d'amélioration. La nuit a été tranquille; le malade dit se trouver mieux; l'infiltration n'a pas fait de progrès. Eschare au sacrum.

Le 24. On se décide à l'application du caustique de potasse à 3 centimètres au-dessus du pli de l'aine et parallèlement à lui. Une selle abondante qui vient d'avoir lieu a occasionné une détente générale; le ventre, beaucoup moins tendu, laisse saillir la tumeur.

Le 25. L'infiltration est beaucoup moindre au tronc et dans le membre gauche; la tumeur fait saillie. Le bistouri plongé dans l'eschare donne issue immédiatement à du pus louable, mais mélangé de sérosité. Une sonde en gomme élastique pénètre transversalement à une profondeur de 10 centimètres environ; le pus découle presque en filet par son bout supérieur coupé; elle est laissée à demeure.

Le 26. Il s'est écoulé depuis l'incision d'hier environ 1,200 gr. de pus; il y a un soulagement notable; les douleurs de la cuisse gauche sont moins vives; sommeil toute la nuit. — Régime abondant et tonique.

Le 27. Il est sorti de la plaie des caillots sanguins plus ou moins colorés. Le pouls a un peu de fréquence; un peu de diarrhée fait

diminuer la quantité des aliments. La cavité de l'abcès a subi un retrait considérable ; la sonde ne pénètre plus qu'à une profondeur de 5 centimètres environ.

Le 28. Peu de pus; le malade accuse des douleurs dans la jambe gauche; infiltration de nouveau dans les deux tiers supérieurs de la cuisse, probablement augmentée par la position plus élevée du genou relativement au bassin; une ponction au-dessous du grand trochanter ne donne issue qu'à de la sérosité.

Le 31. Affaiblissement progressif; toujours un peu de suppuration par la plaie de l'abdomen ; transpiration continue ; pouls faible, à 98 pulsations.

Le 2 septembre. L'état du malade s'aggrave de plus en plus; diarrhée rebelle; pouls à 120 pulsations.

Le 4. On constate au niveau de la ponction faite supérieurement le 17 août une fluctuation diffuse; une large incision faite en ce point (derrière le grand trochanter) donne issue à une assez grande quantité de pus séreux. Diarrhée; état général mauvais.

Le 5. Agonie; pouls à 140; cris vagues; les questions que l'on adresse au malade restent sans réponse; l'intelligence semble perdue. Mort à cinq heures et demie du soir.

Autopsie, 38 heures après la mort.

Poumons sains; un peu de sérosité dans le péricarde; aucun indice de péritonite ; foie volumineux à tissu ardoisé ; rate considérable ; reins et pancréas normaux.

Réduction considérable; ramollissement et coloration noirâtre des muscles psoas et iliaque à gauche, au milieu d'une vaste cavité contenant un pus grisâtre, mal lié, dans lequel leurs faisseaux sont baignés et disséqués ; le foyer s'étend en haut en se rétrécissant jusque vers leurs dernières insertions. Fusées purulentes considérables au-dessous du ligament de Poupart, s'étendant : 1° en avant du droit

antérieur jusque vers le tiers inférieur de la cuisse ; 2° en arrière du droit antérieur et vers le petit trochanter. Tout le triangle de Scarpa est envahi et comme disséqué.

Vaste eschare au sacrum.

L'exploration des os, faite depuis le diaphragme jusqu'au coccyx, et dans toute l'étendue de l'os iliaque, n'a donné qu'un résultat négatif.

Observation de psoïtis double consécutif à une carie vertébrale.

Observation recueillie au service de M. Larrey, professeur au Val-de-Grâce.

Delnondidien (Casimir), soldat au 16e de ligne, âgé de vingt-six ans, né à Serres-et-Allem (Ariège), au service depuis cinq ans ; entré au Val-de-Grâce le 1er mars 1853.

Ce malade n'a jamais eu d'affections sérieuses ; il n'offre aucune trace de scrofules ; il n'a pas eu de maladie vénérienne. L'examen de la poitrine ne fait constater aucun signe annonçant la présence de tubercules dans le poumon. Interrogé sur sa parenté, la question de phthisie héréditaire paraît devoir être écartée comme cause du mal dont il est atteint aujourd'hui.

Au mois d'avril 1852, étant en garnison à Navarens (Basses-Pyrénées), il fut pris subitement, en montant une garde, d'une douleur très-vive dans la région lombaire, et il se rendit très-difficilement à la caserne, obligé, pour échapper autant que possible aux douleurs, de tenir le tronc fléchi en avant. Avant cette époque, il n'avait jamais rien ressenti de ce côté. Après avoir séjourné quelques jours à la caserne, où on ne lui fit que quelques frictions avec de l'huile camphrée, il fut dirigé sur l'hôpital d'Orthez. Là, on lui appliqua huit sangsues au point douloureux, et ensuite un vésicatoire, dont il se sentit soulagé. Après trois semaines de ce séjour, il fut envoyé aux eaux de Dax, où il resta le même espace de temps, mais sans éprouver d'amélioration notable. De Dax, il fut compris dans un convoi,

et alla à Bordeaux rejoindre son régiment ; il reprit alors son service en partie seulement, car son chirurgien-major jugea utile de le dispenser des corvées. Les douleurs étaient un peu calmées, et il n'existait aucune espèce de gonflement.

Le régiment ayant été appelé à Paris, ce malade fut jugé incapable de suivre la marche et entra à l'hôpital, où il ne fut soumis, pendant les quelques jours qu'il y resta, à aucune espèce de traitement. Il vint rejoindre son corps, le 3 décembre 1852, souffrant un peu vers la région lombaire, mais n'ayant encore constaté aucune espèce de tuméfaction vers ce point. Il entra presque immédiatement à l'hôpital du Gros-Caillou, pour une varioloïde très-bénigne, qui fut guérie au bout de vingt jours. Peu après, on constata dans la région lombaire droite une petite tumeur molle de la grosseur d'une noix, qui avait acquis, au bout d'un mois, le volume d'un œuf : cet accroissement s'était fait sans que les douleurs devinssent plus vives; de manière qu'en dix ou douze jours, la tumeur atteignit le volume énorme qu'elle présente aujourd'hui, sans que le malade souffrît davantage.

L'examen de la région lombaire y fait constater du côté droit une tumeur molle, fluctuante, indolente, sans changement de couleur à la peau, et très-volumineuse, puisqu'elle occupe une grande partie de l'espace qui sépare la crête iliaque des dernières fausses côtes. Cette tumeur présente, dans son plus grand diamètre, 22 centimètres, et, dans son plus petit, 17 centimètres; elle offre assez régulièrement la forme d'un demi-ovoïde aplati.

Si on vient à explorer, par la pression, la colonne vertébrale, le malade accuse de la douleur au niveau des vertèbres lombaires, dans un espace de $0^{m},06$. L'affection paraît devoir occuper les deuxième et troisième vertèbres lombaires. Le malade souffre, et souffrait déjà pendant son séjour à Orthez, de douleurs dans le membre inférieur droit, occupant surtout la partie antérieure de la cuisse; ces douleurs sont augmentées par le mouvement et la marche. Il existe moins de force et de précision dans les fonctions de ce membre que

dans celui du côté opposé ; le malade dit n'y avoir jamais ressenti de fourmillement.

Le 3 mars. Iodure de potassium, 1 gramme. On applique deux moxas le long de la colonne vertébrale, dans le point répondant à la partie la plus élevée de la tumeur.

Le 12. On a fait l'application de six nouveaux moxas, depuis l'entrée du malade au Val-de-Grâce.

Le 16. On augmente de 1 gramme la quantité d'iodure de potassium que prend chaque jour le malade.

Le 25. On place et on fait suppurer pendant quelques jours un large vésicatoire sur le foyer purulent.

Le 1er avril. La faiblesse et les fourmillements ont augmenté dans la jambe droite. Application d'un vésicatoire cantharidé, qui détermine quelques légers accidents vers la vessie, mais qui disparaissent promptement.

Le 7. A la suite de la chute d'une eschare de moxas, vers le point le plus déclive, la tumeur s'est ouverte et a donné issue à une énorme quantité de pus *briqueté* peu consistant.

Pendant la nuit, l'écoulement a encore été très-abondant.

La pression exercée au niveau du foyer est très-douloureuse. Les efforts d'expiration et d'inspiration semblent tendre à remplir la poche, puis à la vider du reste de liquide qu'elle contient. L'exploration fait découvrir, au niveau et en dehors des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, des productions osseuses très-prononcées. La colonne vertébrale paraît déviée à gauche.

Le 8. Le malade a passé une mauvaise nuit; le sommeil a été presque nul; il y a eu de la fièvre avec soif vive et un peu de céphalalgie. On diminue les aliments et on recommande d'exercer une légère compression sur le foyer.

Le 12. Le malade ressent toujours un mouvement fébrile et un malaise général; il se plaint de douleurs dans tout le trajet du nerf sciatique, s'irradiant dans la jambe; les mouvements du membre inférieur sont très-douloureux.

Le 16. Le malade paraît très-souffrant, il se plaint du ventre et n'a pas eu de selles depuis deux jours; la langue est sèche et la soif vive. Un commencement d'eschare apparaît au sacrum, et cette région est si douloureuse que le décubitus latéral sur le côté gauche devient forcé. —Tis. gom., pil. d'op.; ceinture de flanelle, fomentat. émoll. sur le ventre, lavem. laxatifs.

Le 19. *La cuisse a de la tendance à se rétracter,* et est toujours très-douloureuse le long du nerf sciatique, avec irradiation à la partie postérieure de la jambe. La pression ainsi que les tractions déterminent, vers la partie interne et antérieure de la cuisse droite, une douleur assez vive, ce qui pourrait, outre les autres altérations, faire supposer un psoïtis. L'état général est toujours grave, le pouls est petit et fréquent, la peau est chaude et a pris une teinte jaunâtre; il existe des frissons irréguliers. On remarque un amaigrissement notable depuis quelques jours. Pour éviter les douleurs causées par le décubitus dorsal, on place un coussin creux sous la région lombaire.

Le 23. Le malade a beaucoup maigri, et tous les symptômes se sont aggravés. La langue est sèche et brunâtre, les lèvres sont tremblotantes et les dents légèrement fuligineuses; le pouls, à peine sensible, est très-fréquent; les douleurs dans les membres inférieurs ont encore augmenté.

Le 24. L'état du malade a pris encore plus de gravité, il y a de l'affaissement et de la somnolence. Mort à midi.

Autopsie.

Poitrine. A droite, pseudo-membranes costales et diaphragmatiques épaisses et résistantes; le tissu pulmonaire du même côté offre les lésions de la pneumonie au troisième degré, sa coloration est grisâtre; il est ramolli, friable, ne crépite pas et ne surnage pas sur l'eau; à l'incision et à la pression, il laisse suinter un liquide purulent. Le poumon dans son tiers inférieur est engoué.

A gauche, la surface pulmonaire est parsemée de petites taches grisâtres sous-pleurales, du volume d'une lentille, formées par du pus concret. A l'intérieur, le lobe inférieur présente de petits amas grisâtres semblables à ceux de la surface, et placés au centre de noyaux d'un rouge brun, offrant les caractères de la pneumonie lobulaire; le lobe supérieur est emphysémateux.

Cœur. Rien de particulier; caillot fibrineux assez considérable dans le ventricule gauche.

Abdomen. L'intestin n'a rien présenté de remarquable. Le foie et les reins ont leur volume normal; leur tissu est sain, mais un peu décoloré. La rate, légèrement hypertrophiée, est ramollie dans sa portion centrale; les altérations occupent presque exclusivement la partie latérale de la colonne lombaire et les fosses iliaques. Vers la fosse iliaque gauche, le péritoine épaissi, friable, adhère intérieurement à l'aponévrose lombo-iliaque; ces deux membranes réunies sont soulevées par une grande quantité de liquide dont on perçoit la fluctuation. Une ouverture verticale étant pratiquée, il s'échappe en abondance un pus séreux, d'une teinte briquetée, dont la quantité peut être évaluée, d'une manière approximative, à deux tiers de litre. On aperçoit alors une large cavité anfractueuse formée par l'aponévrose lombo-iliaque et le péritione réunis, en avant et latéralement; par les muscles psoas et iliaque en arrière; elle est tapissée par une membrane molle, grisâtre et même noirâtre par place.

Les fibres musculaires des psoas et iliaque ont une teinte brune foncée; elles sont très-ramollies, même détruites et réduites en putrilage vers leur insertion supérieure, tandis qu'elles sont disséquées inférieurement jusque vers leur attache au petit trochanter. Entre elles on aperçoit en haut, au point où elles sont détruites, le nerf lombo-sacré.

Cette grande cavité est traversée par le nerf crural et diverses autres branches nerveuses complétement isolées; les fibres nerveuses elles-mêmes sont séparées dans quelques rameaux.

Les vaisseaux iliaques externes placés entre le péritoine et l'apo-

névrose, vers le détroit supérieur, ont été soulevés et rejetés vers la partie interne.

En dedans du foyer, se voit un cul de-sac s'étendant dans le petit bassin, à environ 0,^{m}06 au-dessous du détroit supérieur.

En suivant le tendon des psoas et iliaque réunis, on pénètre à travers un canal anormal jusqu'au petit trochanter, où existe une seconde poche bornée en dedans par le pectiné, en arrière par le moyen adducteur et en dehors par le fémur. Cette cavité offre le même aspect interne que la précédente; la surface des muscles qui les limite est également ramollie, elle est traversée par les vaisseaux et nerfs circonflexes complétement isolés.

Dans la fosse iliaque droite, les altérations sont tout à fait analogues; mais il existe une très-petite quantité de pus sous l'aponévrose iliaque.

La surface interne de la cavité semble plus sèche; les fibres musculaires sont mieux isolées, plus résistantes à la pression, quoique peut-être plus amincies.

Le muscle carré lombaire participe à l'affection.

Le nerf crural est adhérent aux muscles et ne traverse pas la poche comme une corde tendue, ce qui existe à gauche.

Il existe un très-petit cul-de-sac qui s'étend très-peu au-dessous du détroit supérieur. Le petit nerf ilio-scrotal est divisé dans toute sa longueur en sept ou huit filets distincts.

Une sonde cannelée, introduite le long du tendon du psoas, pénètre au-dessous de l'arcade crurale dans un canal morbide analogue à celui qui existe du côté opposé. Une incision étant pratiquée à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, on arrive dans une cavité très-anfractueuse, à surface interne, noirâtre, traversée par des fibres musculaires, non encore complétement détruites, des vaisseaux et des nerfs.

Les muscles sont ramollis, recouverts de petites granulations jaunâtres par place et d'un détritus brun foncé dans toute leur surface interne.

Cette cavité s'étend inférieurement jusqu'au tiers supérieur du fémur, qui n'est trouvé dénudé en aucun point. Les altérations sont ici beaucoup plus profondes que du côté gauche. Au-dessous et en dehors du petit trochanter, ainsi que du col du fémur, on pénètre dans un second foyer par une ouverture assez considérable. Ce nouveau foyer, qui est énorme, s'étend depuis la partie supérieure du grand trochanter jusqu'au tiers inférieur du fémur, entre le vaste externe et le biceps; son aspect est absolument le même que celui du précédent. On n'y rencontre qu'une très-petite quantité de pus. Le nerf sciatique se trouve placé à sa partie postérieure et interne sans y être compris.

Le point de départ de ces nombreuses altérations a été la troisième vertèbre lombaire, dont le corps hypertrophié fait une saillie antérieure divisée en deux portions sensibles par la partie moyenne du ligament vertébral antérieur; les parties latérales de cette vertèbre sont également plus développées qu'à l'état normal. A gauche, on sent une ouverture à bords rugueux occupant la partie la plus postérieure du corps; une sonde cannelée qui y est introduite traverse la vertèbre de part en part pour aller ressortir sous le muscle psoas du côté opposé.

A droite, vers le tiers antérieur du corps vertébral, on aperçoit une ouverture parfaitement circulaire et régulière; un stylet introduit par cette ouverture va ressortir par celle qui occupe le côté gauche de la vertèbre. A la région lombaire droite, la peau présente les stigmates de plusieurs moxas qui ont été appliqués pendant le traitement. A l'un d'eux correspond une ouverture circulaire; cette ouverture pénètre dans un large foyer purulent qui actuellement ne renferme qu'une petite quantité de pus séreux jaunâtre. Cette poche considérable s'étend des fausses côtes à la crête iliaque; elle est tapissée par une membrane pyogénique d'un rouge brunâtre, érodée par places, présentant des brides, surtout vers sa partie interne et supérieure où l'on voit également deux ouvertures formant cul-de-sac à travers lesquelles on aperçoit les fibres superficielles aponé

vrotiques sacrées du muscle transversaire épineux. Cette membrane interne est friable et présente en certains points des dépôts adhérents de matière jaunâtre et grumeleuse ; elle forme inférieurement un cul-de-sac s'arrêtant à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

On n'a pu parvenir à découvrir de communication entre cet abcès et la vertèbre malade ni les foyers antérieurs. La partie postérieure apophysaire de la vertèbre malade semble saine ; il existe une continuité osseuse entre les apophyses articulaires supérieures et celles de la troisième lombaire.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'attraction en général et de l'attraction terrestre en particulier, sous le point de vue de sa direction, de son intensité et de ses variétés. Déterminer si les corps organisés sont soumis à l'attraction.

Chimie. — Des caractères distinctifs du soufre.

Pharmacie. — Des principes actifs des plantes que l'eau dissout; de ceux dont elle ne peut se charger. Une plante ou une partie de plante étant donnée, de l'influence du procédé opératoire sur la nature des matières qui entreront en dissolution.

Histoire naturelle. — De la structure des vaisseaux aériens des plantes, et spécialement des trachées.

Anatomie. — Quels sont les objets situés à la base du cerveau?

Pathologie interne. — De l'albuminurie; indiquer les diverses maladies dans lesquelles elle peut se rencontrer.

Pathologie externe. — De l'érysipèle.

Pathologie générale. — Des altérations de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des caractères anatomiques différentiels de l'ulcère chronique de l'estomac et du cancer de l'estomac.

Accouchements. — Des présentations du tronc du fœtus pendant l'accouchement.

Thérapeutique. — De l'influence de la noix vomique et de la fève de Saint-Ignace sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Des principaux modes opératoires suivant lesquels on pratique l'amputation des membres.

Médecine légale. — Des appareils osseux et dentaire de l'homme, au point de vue de la détermination médico-légale des âges.

Hygiène. — De la vie moyenne et de la vie probable.

Vu, bon à imprimer.

DUMÉRIL, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 6 août 1853.